



Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen. Im Interesse Ihrer Behandlung bitten wir Sie, diesen Bogen vollständig auszufüllen. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne. Sämtliche hier von Ihnen getroffenen Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht!

Name _____ Vorname _____

Straße _____ PLZ/Ort _____

Geburtsdatum _____ Telefon _____

Geburtsort _____ Handynummer _____

Beruf _____ Telefon geschäftlich _____

Name der Versicherung _____ E-Mail _____

Freiwillig versichert ja nein

Beihilfeberechtigt ja nein

Zusatzversicherung ja nein

Pflegestufe ja nein Pflegestufe _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Wir bemühen uns Ihre Termine pünktlich einzuhalten. Da jedoch unvorhersehbare Schmerzbehandlungen in den Terminplan eingreifen können, bitten wir Sie bei zeitlichen Verzögerungen um Ihr Verständnis. Termine, die Ihrerseits nicht eingehalten werden können, bitten wir spätestens einen Tag vorher abzusagen!

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:

Stehen Sie derzeit in ärztlicher Behandlung? _____ ja nein

Warum? _____

Hausarzt/Kinderarzt _____

Allergien ja nein Welche? _____

Besitzen Sie einen Allergiepass ja nein

Schwangerschaft ja In welchem Monat? _____ nein bin nicht sicher

Herz-Kreislaufkrankung

Hoher Blutdruck ja nein

Niedriger Blutdruck ja nein

Herzschwäche (Insuffizienz) ja nein

Unregelmäßiger Herzschlag ja nein

Herzschrittmacher ja nein

Herzklappenfehler ja nein

Herzinfarkt ja nein

Defibrillator ja nein

Sonstiges _____

Infektionserkrankung

Hepatitis A B C

Tuberkulose ja nein

HIV ja nein

Sonstiges _____

Bluterkrankung

Blutungsneigung ja nein

Blutanämie ja nein

Sonstiges _____



Weitere Erkrankungen

Diabetes	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Rheuma	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Schilddrüsenüberfunktion	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Epilepsie	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Schilddrüsenunterfunktion	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Ohnmachtsneigung	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Niereninsuffizienz	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Grüner Star	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Asthma	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Osteoporose	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Lungenerkrankung	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Sonstiges _____		

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Welche Medikamente nehmen Sie ein? _____

Nehmen Sie besondere Medikamente ein? ja nein

Blutverdünner (z.B. ASS, Marcumar, Plavix)? _____

Oder Bisphosphonate (z.B. Ibandronat, Pamidronat)? _____

Sonstige _____

Bitte teilen Sie uns umgehend Änderungen Ihrer Angaben mit! Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Datum

Unterschrift

RECALL

Ein dauerhafter Behandlungserfolg hängt von Ihrer aktiven häuslichen Mitarbeit und der regelmäßigen zahnärztlichen Untersuchung ab. Wir erinnern Sie daher im Rahmen unseres „Recall-Service“ an Untersuchungen, damit Sie regelmäßig einen Termin in unserer Praxis vereinbaren.

Einverständniserklärung

Ich möchte den Recall-Service Ihrer Praxis in Anspruch nehmen. Bitte erinnern Sie mich in regelmäßigen Abständen schriftlich oder per E-Mail an einen Nachsorgetermin zur Untersuchung. Die Teilnahme am Recall kann ich jederzeit widerrufen.

Datum

Unterschrift